

Solidariteitsfonds vzw

Stedelijk en Hoger Onderwijs Antwerpen

www.solfo.be

1. Voorschotten
2. Tussenkosten
3. Collectieve Hospitalisatieverzekering Allianz BCVR23033

Vanaf 1 januari 2025

in samenwerking met



INHOUDSOPGAVE

Lid worden van het Solidariteitsfonds	3
De voorschotten van het Solidariteitsfonds	6
- wachttijd	6
- formulieren	6
- weddenvoorschot	6
- pensioenvoorschot	6
- terugvorderbaar voorschot	6
Tussenkomen van het Solidariteitsfonds	7
- wachttijd	7
- formulieren	7
- onverenigbaarheid	7
- tussenkomst bij geboorte	7
- tussenkomst bij hoorapparaten	7
- toelage aan zesjarigen / twaalfjarigen	7
- tussenkomst bij medische bijstand / zorgkrediet	8
- tussenkomst bij terbeschikkingstelling wegens ziekte	8
- tussenkomst bij oogoperaties / geen hospitalisatie	8
- tussenkomst bij palliatieve zorgen	8
- tussenkomst bij sterilisatie	8
- tussenkomst bij tandprothesen	9
- tussenkomst bij onbezoldigd ouderschapsverlof voor kind tot 1 jaar	9
- tussenkomst bij brilglazen of lenzen	9
- terugvorderbaar voorschot	9
- wegwijzer	10
De collectieve hospitalisatieverzekering Allianz	11
- waarom een hospitalisatieverzekering ?	11
- toelichting bij het hospitalisatieplan	12
- wie heeft welke rol ?	23
Contactpersonen	24

LID WORDEN VAN HET SOLIDARITEITSFONDS vanaf 01.01.2025

Alle leden van het Solidariteitsfonds vzw genieten van:

- de voorschotten
- de tussenkomsten
- de collectieve hospitalisatieverzekering Vanbreda-Allianz (zie punt 4 voor de wachttijd).

1. Wie kan lid worden?

- a. Alle collega's werkzaam voor het Stedelijk Onderwijs Antwerpen of de AP Hogeschool Antwerpen.
Zij worden toegetreden leden.

De volgende personen worden toegevoegde leden:

- b. hun echtgenoten of gelijkgestelde personen¹,
- c. alle kinderen van de werknemer²,
- d. alle kinderen van de partner³.

2. Gezamenlijke aansluiting.

De partner en de kinderen (zie 1.b, 1.c, 1.d) worden samen aangesloten. Uitgezonderd de personen die het bewijs van aansluiting bij een andere hospitalisatiepolis kunnen voorleggen.

3. Hoe kan u lid worden?

U wordt lid door alle noodzakelijke aansluitdocumenten op te sturen naar het Solidariteitsfonds.

4. Continuïteit

U sluit aan en verbindt zich ertoe minstens drie jaar lid te blijven.

5. Lid worden na je 50^{ste} verjaardag.

Als iemand lid wil worden vanaf de leeftijd van 50 jaar betaalt hij/zij voor de eigenlijke inschrijving een Solidariteitsbijdrage overeenkomstig het aantal maanden na zijn/haar 50 jaar van het voor die leeftijdsgroep geldende lidgeld.

Bv. als je 51 jaar bent en wil aansluiten, betaal je een solidariteitsbijdrage van
12 (maanden) x € 22 (leeftijdscategorie tot 59 jaar) = € 264

¹ Onder het begrip gelijkgestelde persoon wordt verstaan: de samenwonende partner van het (gepensioneerde) lid die officieel is ingeschreven op hetzelfde adres (gemeentelijk bevolkingsregister).

² Elk kind van de werknemer dat op het ogenblik van aansluiten jonger is dan 25 jaar en recht geeft op kinderbijslag.

³ Elk kind van de partner dat op het ogenblik van aansluiten van de partner jonger is dan 25 jaar, recht geeft op kinderbijslag en deel uitmaakt van het gezin van de werknemer.

6. Welke aansluitmogelijkheden hebt u?

TIJDIGE AANSLUITING:

- Een aansluiting is tijdig als de noodzakelijke documenten bij het Solidariteitsfonds⁴ toekomen binnen de twee maanden na de eerste aanstelling bij het Stedelijk Onderwijs Antwerpen of de AP Hogeschool Antwerpen.
- Een aansluiting is tijdig als de noodzakelijke documenten bij het Solidariteitsfonds toekomen binnen de twee maanden na de gebeurtenis (geboorte, huwelijk, ...).
- Noodzakelijke documenten
Het inschrijvingsformulier (www.solfo.be)
Een bewijs van de eerste aanstellingsdatum (RL1) (schoolsecretariaat)
Wachttijd:
Bij tijdige aansluiting is er geen wachttijd.

LAATTIJDIGE AANSLUITING:

- Een aansluiting is laattijdig als de noodzakelijke documenten later dan twee maanden na de eerste aanstelling bij het Stedelijk Onderwijs te Antwerpen of de AP Hogeschool Antwerpen bij het Solidariteitsfonds⁵ toekomen.
- Een aansluiting is laattijdig als de noodzakelijke documenten later dan twee maanden na de gebeurtenis (geboorte, huwelijk, ...) bij het Solidariteitsfonds toekomen.
- Noodzakelijke documenten
Het inschrijvingsformulier (www.solfo.be)
Een bewijs van aanstelling (RL1) (schoolsecretariaat)
Wachttijd:
Voor de hospitalisatieverzekering doorloopt u 9 maanden wachttijd tussen uw inschrijving en uw effectieve aansluiting. Tijdens deze wachttijd betaalt u geen bijdrage. Uw hospitalisatieverzekering van Allianz loopt nog niet.
U geniet al wel van de eventuele tussenkomsten van het Solidariteitsfonds.

WIJZIGING van hospitalisatieverzekering:

- Indien u minimum een jaar zonder onderbrekingen aangesloten bent bij een andere hospitalisatieverzekering stapt u over naar het Solidariteitsfonds zonder wachttijd.
- Noodzakelijke documenten
Het inschrijvingsformulier (www.solfo.be)
Een bewijs van aanstelling (RL1) (schoolsecretariaat)
Het bewijs van een aansluiting van minimum één jaar bij een andere hospitalisatieverzekering, met vermelding van de einddatum.
- Wachttijd:
Er is geen wachttijd.

⁴ Databeheer van het Solidariteitsfonds: p/a Mevr. Viv Desloover – Valkenlaan 49 – 2950 Kapellen, viv.desloover@solfo.be

⁵ Databeheer van het Solidariteitsfonds: p/a Mevr. Viv Desloover – Valkenlaan 49 – 2950 Kapellen, viv.desloover@solfo.be

7. Tarieven 2025

Leeftijdscategorie	Maandbijdrage
Kinderen tot en met 17 jaar	6,00 euro
Kinderen van 18 tot en met 24 jaar	11,00 euro
Leden tot en met 59 jaar	22,00 euro
Leden van 60 tot en met 64 jaar	35,00 euro
Leden van 65 tot en met 69 jaar	66,00 euro
Leden vanaf 70 jaar	95,00 euro

Aansluiten bij het Solidariteitsfonds is uitsluitend mogelijk indien de betaling van de bijdrage gebeurt met maandelijkse domiciliëring (SEPA-mandaat).

8. Samenvatting.

Aansluiting	Voorwaarden	Wachttijd	Bijdrage	Voordeel
Binnen 2 maanden	Zie 1, 2 en 3	Geen	Bijdrage volgens leeftijdscategorie	- Voorschotten - Tussenkosten - Allianz
Later dan 2 maanden na gebeurtenis	Zie 1, 2 en 3	9 maanden voor Allianz	Geen bijdrage eerste 9 maanden	- Voorschotten - Tussenkosten - Geen Allianz
Overstap van andere hospitalisatie-verzekering	Bewijs aansluiting van minimum 2 jaar zonder onderbreking	Geen	Bijdrage volgens leeftijdscategorie	- Voorschotten - Tussenkosten - Allianz

DE VOORSCHOTTEN VAN HET SOLIDARITEITSFONDS

- **Wachttijd**

Er is geen wachttijd voor de voorschotten van het Solidariteitsfonds.

- **Formulieren**

De voorschotten worden aangevraagd door de daartoe bestemde formulieren te sturen naar het betrokken bestuurslid, samen met de gevraagde bewijsstukken. Enkel originele documenten zijn geldig.

Formulieren kunnen

- gedownload worden op www.solfo.be
- gevraagd worden via info@solfo.be
- telefonisch of per mail aangevraagd worden bij de bestuursleden.

- **Weddenvoorschot**

Voorwaarden:

- Enkel voor leden werkzaam in het Stedelijk of Hoger Onderwijs Antwerpen
- Enkel bij vertraging in de uitbetaling van de wedde.

Voorschot:

- Dit voorschot wordt onmiddellijk terugbetaald van zodra de achterstallige wedde ontvangen wordt.

- **Pensioenvoorschot**

Voorwaarden:

- Enkel voor leden die werkzaam waren in het Stedelijk of Hoger Onderwijs Antwerpen.
- Enkel bij vertraging in de uitbetaling van het wachtgeld of pensioen.

Voorschot:

- Dit voorschot bedraagt maximum vijf achtsten van de laatste nettowedde.
- Dit voorschot kan maximum gedurende drie maanden uitbetaald worden.
- Dit voorschot wordt onmiddellijk terugbetaald van zodra het achterstallige wachtgeld of pensioen ontvangen wordt.

- **Terugvorderbaar voorschot**

Voorwaarden:

- In geldelijke noodsituaties kunnen toegetreden leden per gemotiveerd verzoekschrift een terugvorderbaar voorschot aanvragen.
- Het Bestuursorgaan bespreekt de aanvraag in alle discretie en beslist over het al dan niet toekennen van het voorschot en het bedrag hiervan.

Voorschot:

- Dit terugvorderbaar voorschot is beperkt tot maximaal 5.000 euro.
- Dit terugvorderbaar voorschot wordt terugbetaald volgens een vooraf afgesproken betalingsplan (min. € 25/maand en max 5 jaar).

DE TUSSENKOMSTEN VAN HET SOLIDARITEITSFONDS

- **Wachttijd**

Er is geen wachttijd voor de tussenkomsten van het Solidariteitsfonds.

- **Formulieren**

De tussenkomsten worden aangevraagd door de daartoe bestemde formulieren te sturen naar het betrokken bestuurslid, samen met de gevraagde bewijsstukken. Enkel originele documenten zijn geldig.

Formulieren kunnen

- gedownload worden op www.solfo.be
- gevraagd worden via info@solfo.be
- telefonisch of per mail aangevraagd worden bij de bestuursleden.

- **Onverenigbaarheid**

Als er een tussenkomst voorzien is door de hospitalisatieverzekering, kan er geen tussenkomst van het Solidariteitsfonds zijn.

- **Tussenkomst bij geboorte**

Voorwaarden:

- Tijdige aansluiting: het pasgeboren kindje moet aangesloten worden binnen de twee maanden na geboorte.

Tussenkomst:

- Deze tussenkomst bedraagt een gratis aansluiting bij het Solidariteitsfonds, inclusief hospitalisatieverzekering, voor het kind gedurende drie jaar (= 36 maanden) vanaf de geboorte.

- **Tussenkomst bij hoorapparaten**

Voorwaarden:

- Deze tussenkomst kan slechts om de twee jaar worden toegekend.

Tussenkomst:

- Deze tussenkomst bedraagt de gemaakte kosten, na aftrek van de terugbetalingen door het ziekenfonds.
- Deze tussenkomst bedraagt maximum 500 euro per hoorapparaat.

- **Toelage aan zesjarigen - twaalfjarigen**

Voorwaarden:

- Tijdens het kalenderjaar dat het kind zes, respectievelijk twaalf jaar wordt, krijgt elk aangesloten kind van een toegetreden lid een premie.
- Aangesloten zijn vanaf 01/01 van het kalenderjaar dat het kind 6 of 12 jaar wordt

Tussenkomst:

- Deze premie bedraagt 250 / 300 euro.

- **Tussenkost bij verlof voor medische bijstand – Zorgkrediet voor medische bijstand**

Voorwaarden:

- Deze tussenkost is bedoeld voor de leden die verlof nemen om medische bijstand / zorgkrediet te verstrekken.
- Deze tussenkost is beperkt tot maximum 3 maanden per schooljaar.

Tussenkost:

- Deze tussenkost bedraagt maximum 500 euro per maand (voltijds, volledige maand).

- **Tussenkost bij terbeschikkingstelling wegens ziekte**

Voorwaarden:

- Enkel voor leden werkzaam in een openbaar ambt.
- Enkel indien het lid ter beschikking gesteld is (TBS) wegens ziekte.
- Deze tussenkost is beperkt tot maximum 3 maanden per schooljaar.

Tussenkost:

- Deze tussenkost bedraagt maximum 500 euro per maand .

- **Tussenkost bij oogoperaties (niet in een hospitaal)**

Voorwaarden:

- Deze tussenkost kan slechts om de twee jaar worden toegekend.
- Deze tussenkost wordt enkel toegekend indien er geen ziekenhuisopname is. De collectieve hospitalisatieverzekering Allianz regelt immers de behandeling in de kliniek, ook bij daghospitalisatie.
- Oogchirurgie in een erkend extramuraal oogcentrum kan eveneens door Allianz worden terugbetaald, zie hiervoor pag. 19.

Tussenkost:

- De tussenkost bedraagt de helft van de gemaakte kosten, na aftrek van de terugbetalingen door het ziekenfonds.
- De tussenkost bedraagt maximum 500 euro per oog.

- **Tussenkost bij verlof voor het verlenen van palliatieve zorgen**

Voorwaarden:

- Deze tussenkost is bedoeld voor de leden die verlof nemen om palliatieve zorg te verstrekken.
- Deze tussenkost wordt maximum gedurende twee maanden per schooljaar toegekend.

Tussenkost:

- De tussenkost bedraagt maximum 500 euro per maand (enkel voltijds, volledige maand).

- **Tussenkost bij sterilisatie**

Tussenkost:

- De tussenkost bedraagt de helft van de gemaakte kosten, na aftrek van de terugbetalingen door het ziekenfonds.
- De tussenkost bedraagt maximum 500 euro.

- **Tussenkost bij tandprothesen**

Voorwaarden:

- Deze tussenkost geldt enkel voor prothesen en niet voor beugels, blokjes, e.d.m.
- Deze tussenkost geldt voor hoogstens veertien boven- en veertien ondertanden.

Tussenkost:

- De tussenkost bedraagt de gemaakte kosten, na aftrek van de terugbetalingen door het ziekenfonds.
- De tussenkost bedraagt maximum 25 euro per tand met een maximum van € 700 om de twee jaar.

- **Tussenkost bij onbezoldigd ouderschapsverlof**

Voorwaarden:

- Onbezoldigd ouderschapsverlof wordt genomen voor het kind de leeftijd van 1 jaar bereikt.
- Deze tussenkost geldt enkel voor toegetreten leden, zowel man als vrouw.
- Deze tussenkost kan maximum gedurende drie maanden worden toegekend.

Tussenkost:

- Deze tussenkost bedraagt maximum 600 euro per maand (voltijds, volledige maand).

- **Tussenkost bij brilglazen of lenzen**

Voorwaarden:

- Een voorschrift van de oogarts of een voorschrift van de optiker (nieuw vanaf 01/01/2024).
- Een factuur van de optiker op naam van het lid.

Tussenkost:

- Er is een maximum per aanvraag voorzien van € 50.
- De tussenkost kan één keer per kalenderjaar worden gevraagd.

Wegwijzer: Wie van het Solidariteitsfonds contacteer je waarvoor ?

Aansluitingen	viv.desloover@solfo.be	03 568 85 57
Aanpassingen gegevens databank	viv.desloover@solfo.be	03 568 85 57
Adreswijzigingen	viv.desloover@solfo.be	03 568 85 57
Bril / lenzen	liliane.rombouts@solfo.be	03 568 74 58
Hoorapparaten	liliane.rombouts@solfo.be	03 568 74 58
Lidgeden – betalingen	gilberte.jacobs@solfo.be	0478 94 44 37
Mail	info@solfo.be	
Onbezoldigd ouderschapsverlof	vera.peeters@solfo.be	0476 83 01 75
Ontslagen	viv.desloover@solfo.be	03 568 85 57
Oogoperatie niet in kliniek	liliane.rombouts@solfo.be	03 568 74 58
Overlijden melden	viv.desloover@solfo.be	03 568 85 57
Pensionering melden	paul.van.aelst@solfo.be	03 568 85 57
Secretaris	andrea.michiels@solfo.be	0475 52 22 42
SEPA-mandaten en bankgegevens	viv.desloover@solfo.be	03 568 85 57
Sterilisatie	liliane.rombouts@solfo.be	03 568 74 58
Tandprothesen	liliane.rombouts@solfo.be	03 568 74 58
Terugvorderbaar voorschot	walter.currinckx@solfo.be	0486 58 05 05
Toelage TBS wegens ziekte	vera.peeters@solfo.be	0476 83 01 75
Verlof medische bijstand	vera.peeters@solfo.be	0476 83 01 75
Verlof palliatieve zorg	vera.peeters@solfo.be	0476 83 01 75
Website registratie	www.solfo.be	
Wijziging gegevens	viv.desloover@solfo.be	03 568 85 57

DE COLLECTIEVE HOSPITALISATIEVERZEKERING Allianz BCVR 23033

WAAROM EEN HOSPITALISATIEVERZEKERING?

In dit hoofdstuk vindt u een woordje uitleg bij de collectieve hospitalisatieverzekering die het SOLIDARITEITSFONDS afsloot met de verzekeringsmaatschappij Allianz in samenwerking met Callant Verzekeringen⁶ met schadebeheer door Vanbreda Risk & Benefits.

De verzekering garandeert bij hospitalisatie de globale terugbetaling van die medische kosten waarvoor het ziekenfonds tussenkomt, verminderd met de vrijstelling⁷. Een vrijstelling van € 150 voor het lopende kalenderjaar bij de keuze van een eenpersoonskamer. Deze nieuwe hospitalisatieverzekering is van toepassing vanaf 1 januari 2025.

Door de terugbetaling van de hospitalisatiekosten te waarborgen, wil het SOLIDARITEITSFONDS het welzijn van haar leden verzekeren en ervoor zorgen dat ze geen financiële zorgen hebben wanneer ze getroffen worden door een ongeval of een ziekte waarbij een hospitalisatie noodzakelijk is of door een zware ziekte, en dit zowel in het beroeps- als het privé-leven.



Voor algemene informatie, eventuele problemen of onduidelijkheden:

- CALLANT Verzekeringen & Financieel Advies NV
Frankrijklei 112 bus 4 – 2000 Antwerpen
- Joyce Maes

Rechtstreeks telefoonnummer: 03 609 89 76

Algemeen nummer: 03 609 89 89

Mailadres: schade.antwerpen@callant.be

steeds met vermelding in het onderwerp van: "Solidariteitsfonds Antwerpen"

⁶ Een volledig overzicht van alle bepalingen van deze overeenkomst is neergeschreven in de algemene en bijzondere voorwaarden. Indien er enige tegenstelling zou zijn tussen de bepalingen van deze brochure en de polis, zijn het uitsluitend de voorwaarden van de polis die gelden. Bij betwisting primeren de contractuele documenten op de brochure.

⁷ Een vrijstelling van € 150 per jaar als de verzekerde kiest voor een opname in een éénpersoonskamer of indien de verpleeginstelling bij een meerpersoonskamer bijkomende erelonen aanrekent.

SOLIDARITEITSFONDS VAN HET STEDELIJK EN HOGER ONDERWIJS ANTWERPEN VZW

Polisnummer: BCVR23385

Toelichting bij het hospitalisatieplan

Deze versie is geldig vanaf 1/1/2025.

WAT ZIJN DE VOORDELEN VAN DEZE VERZEKERING?

In geval van hospitalisatie of ernstige ziekte biedt deze verzekering u een tussenkomst in de medische kosten die u nog moet betalen na (eventuele) tussenkomst van het ziekenfonds. De medische kosten in verband met uw hospitalisatie gemaakt in de periode van 1 maand vóór en 3 maanden na de hospitalisatie komen ook in aanmerking voor tussenkomst. U kiest zelf in welke verpleeginrichting en door welke erkende arts u wordt verzorgd.

WIE KAN GENIETEN VAN DEZE VERZEKERING?

U geniet als lid van het Solidariteitsfonds vzw, met name de aangesloten personeelsleden van de scholengroep "Stedelijk en Hoger onderwijs Antwerpen", de gepensioneerden, de weduwe of weduwnaar van het overleden lid, alsook de ex-partner van de leden igv scheiding, hierna **hoofdverzekerde** genoemd, automatisch van deze verzekering. U dient evenwel onderworpen te zijn aan de Belgische sociale zekerheid en in België of in een aangrenzend land te wonen.

Bovendien kunnen ook uw gezinsleden aansluiten op voorwaarde dat ze genieten van de Belgische sociale zekerheid en in België wonen. De aansluiting van de gezinsleden is facultatief. Zij worden medeverzekerden genoemd.

Onder **gezinsleden (medeverzekerden)** verstaan we:

- de echtgeno(o)t(e);
- de wettelijke of feitelijke samenwonende partner van de hoofdverzekerde zonder familiale banden;
- de kinderen van de hoofdverzekerde of van de partner, jonger dan 25 jaar en genietend van kinderbijslag;
- de gehandicapte kinderen van de hoofdverzekerde voor zover ze een gehandicapentoeslag ontvangen.

Als u beslist om uw gezinsleden aan te sluiten, dient u alle gezinsleden aan te sluiten. Deze regel geldt niet voor gezinsleden die al een soortgelijke verzekering hebben. Zij dienen hiervan wel een attest voor te leggen.

Alle wijzigingen in de samenstelling van uw gezin, adres- of correspondentiegegevens, geeft u door aan het Solidariteitsfonds vzw. U bent verantwoordelijk voor de opgave van de juiste gegevens.

Ook als u met **pensioen of in SWT** (stelsel van werkloosheid met bedrijfstoelage) gaat, kunt u aangesloten blijven bij deze verzekering. Dit geldt zowel voor uzelf als hoofdverzekerde als voor uw gezinsleden (medeverzekerden) die op het moment van uw pensioen of op het moment dat u in SWT gaat, aangesloten waren bij deze verzekering.

Bij het **overlijden** van de hoofdverzekerde kunnen de gezinsleden die al aangesloten waren bij deze verzekering verder aangesloten blijven.

HOE EN WANNEER KUNNEN U EN UW GEZINSLEDEN AANSLUITEN?

Hoofdverzekerden

De aansluiting gebeurt in het kader van het lidmaatschap bij het Solidariteitsfonds vzw.

Medeverzekerden (gezinsleden)

Uw gezinsleden kunnen aansluiten bij deze verzekering vanaf de dag van recht op aansluiting en ten vroegste op de dag dat u als hoofdverzekerde aansluit.

De dag van het recht op aansluiting is:

- voor de echtgeno(o)t(e): de dag van het huwelijk;
- voor de samenwonende partner: de dag van de aanvang van het samenwonen. Het begin van het samenwonen dient te worden aangetoond met een attest van samenwonen afgeleverd door het gemeentebestuur;
- voor een kind: de geboortedag of de adoptiedag;
- voor een kind van de huwelijks- of samenwonende partner: de dag van het huwelijk of het samenwonen.

Als de vraag tot aansluiting gebeurt binnen de 2 maanden volgend op de dag van het recht op aansluiting, dan is de verzekerde tijdig aangesloten en spreken we over een **tijdige aansluiting**. Als de aanvraag later gebeurt, dan is de verzekerde laattijdig aangesloten en gaat het over een **laattijdige aansluiting**.

ZIJN ER MEDISCHE FORMALITEITEN? WACHTTIJDEN? ZIJN DE VOORAFBESTAANDE AANDOENINGEN VERZEKERD?

Tijdige aansluiting

Als u en uw gezinsleden tijdig aansluiten, zijn er geen medische formaliteiten en geen wachttijden.

Bij een tijdige aansluiting, zijn de eventuele voorafbestaande aandoeningen verzekerd.

Laattijdige aansluiting

Als u en uw gezinsleden laattijdig aansluiten, zijn er geen medische formaliteiten. Een laattijdige aansluiting gaat in op de 1ste dag van de 10de maand volgend op de datum waarop de aanvraag werd ingediend. Tijdens deze periode van 9 maanden is er geen dekking. Na deze periode van 9 maanden worden kosten voor voorafbestaande aandoeningen ook terugbetaald.

WANNEER EINDIGT DE VERZEKERING?

Hoofdverzekerde

Voor de hoofdverzekerde stopt de aansluiting:

- wanneer het lidmaatschap bij het Solidariteitsfonds vzw eindigt of verbroken wordt (bij pensionering of SWT kan de aansluiting verdergezet worden bij dit contract) – bij uitdrukkelijke beëindiging is heraansluiten enkel mogelijk wanneer het bewijs geleverd wordt dat men elders verzekerd was voor een gelijkaardige dekking en zonder dekkingsonderbreking;
- bij het overlijden;
- bij het einde van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

Medeverzekerden (gezinsleden)

Voor de gezinsleden stopt de aansluiting:

- als zij de aansluiting vrijwillig beëindigen. De vrijwillige beëindiging van de aansluiting dient ten minste 1 maand vóór de vervaldag schriftelijk meegedeeld te worden. Later heraanluiten is enkel mogelijk wanneer het bewijs geleverd wordt dat men elders verzekerd was voor een gelijkaardige dekking en zonder dekkingsonderbreking
- wanneer het lidmaatschap van de hoofdverzekerde bij het Solidariteitsfonds vzw eindigt of verbroken wordt (behalve bij overlijden, pensionering of SWT van de hoofdverzekerde);
- als zij het statuut van medeverzekerde verliezen (bijvoorbeeld op het einde van de maand waarin het de leeftijd van 25 heeft bereikt of geen kinderbijslag meer geniet of niet meer volledig of gedeeltelijk ten laste van de hoofd-of medeverzekerde is). De dekking stopt vanaf de dag waarop zij niet meer aan de definitie van medeverzekerde voldoen met uitzondering van een kind dat aangesloten blijft tot en met de maand waarin het de leeftijd van 25 jaar bereikt;
- bij het overlijden.

WAT IS INDIVIDUELE VOORTZETTING?

Wanneer u het recht op aansluiting bij deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst verliest, krijgt u de mogelijkheid om, samen met de gezinsleden die bij deze verzekering zijn aangesloten, de verzekering individueel voort te zetten. Deze voortzetting kan zonder medische formaliteiten en wachttijden gebeuren als er aan een aantal voorwaarden wordt voldaan.

1. Toetredingsvoorwaarden

Om de verzekering individueel voort te zetten zonder wachttijden en zonder medische formaliteiten dient de hoofdverzekerde gedurende minstens twee jaar die voorafgaan aan de datum van het verlies van uw aansluiting, ononderbroken aangesloten zijn geweest door één of meerdere opeenvolgende verzekeringscontracten 'hospitalisatie – medische kosten' afgesloten bij een verzekeringsmaatschappij. U kunt enkel individueel voortzetten op voorwaarde dat u gedurende minstens twee jaar die voorafgaan aan de datum van het verlies van de aansluiting aangesloten was.

Eventuele voorafbestaande aandoeningen die al verzekerd zijn op het moment van aansluiting bij de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst blijven bovendien in het individuele contract verzekerd.

2. Termijnen

Hoofdverzekerde

Binnen de dertig dagen na het verlies van het voordeel van deze verzekering zal het Solidariteitsfonds vzw u schriftelijk of elektronisch op de hoogte brengen van de mogelijkheid tot individuele voortzetting.

U beschikt over een termijn van dertig dagen om de verzekeringsmaatschappij op de hoogte te brengen van uw intentie om de verzekering geheel of gedeeltelijk individueel voort te zetten. Deze termijn wordt met dertig dagen verlengd op voorwaarde dat u de verzekeringsmaatschappij daarvan schriftelijk of elektronisch op de hoogte brengt.

Deze termijnen beginnen te lopen vanaf de dag dat het Solidariteitsfonds vzw u schriftelijk of elektronisch op de hoogte bracht van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst en de mogelijkheid tot individuele voortzetting. Deze termijn loopt in ieder geval af honderdvijf dagen na de dag van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

Medeverzekerden

Voor de medeverzekerden gelden dezelfde termijnen als diegene die hiervoor beschreven staan voor de hoofdverzekerde. Er geldt enkel een andere termijn als de medeverzekerde het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst verliest om een andere reden dan het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst door de hoofdverzekerde. In dat geval beschikt de bijverzekerde over een termijn van honderdvijf dagen om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch op de hoogte te brengen van de intentie om het recht op individuele voortzetting uit te oefenen. Deze termijn begint te lopen vanaf de dag waarop de medeverzekerde het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst verliest.

3. Tariefvoorwaarden

De voorwaarden van het individuele contract zijn die van de individuele contracten die van kracht zijn bij de verzekeringsmaatschappij op het ogenblik van de individuele voortzetting. De aangeboden waarborgen zijn minstens gelijksoortig aan de waarborgen van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

De tariefvoorwaarden zijn gelijk aan diegene die van kracht zijn op het ogenblik van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

Het individuele contract begint op het ogenblik van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst. Het individuele contract is in principe niet opzegbaar door de verzekeraar.

WAT IS VOORFINANCIERING?

De premies van individuele verzekeringen zijn doorgaans een stuk duurder dan de premies van een beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst. De wet op de ziekteverzekeringen voorziet daarom in een systeem van voorfinanciering.

U kunt individueel een bijkomende premie betalen waardoor de premie in geval van individuele voortzetting gelijk is aan de premie van de leeftijd waarop u met de voorfinanciering bent begonnen. Dit gebeurt in een afzonderlijk contract, ook wachtpolis genoemd. Allianz Benelux voorziet geen voorfinancieringsproduct.

Meer informatie kunt u terugvinden op de website: www.wachtpolis.be.

WELKE KOSTEN WORDEN TERUGBETAALD? HOEVEEL BEDRAAGT DE TUSSENKOMST?

Hoofdwaarborg 'hospitalisatie'

De verzekeraar betaalt de medische kosten terug die u gemaakt hebt tijdens de (thuis)hospitalisatie voor een **medisch noodzakelijke en curatieve behandeling** en veroorzaakt door een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een (thuis)bevalling. Deze kosten moeten rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de bijhorende hospitalisatie.

Onder hospitalisatie verstaan we het medisch noodzakelijke verblijf in een erkende verpleeginrichting waarvoor een vergoeding voor verblijf wordt aangerekend. De opname in het dagziekenhuis is verzekerd voor zover er een wettelijk forfait wordt aangerekend (maxi-forfait, mini-forfait, forfait dagziekenhuis 1 t.e.m. 7 en forfait chronische pijn 1 t.e.m. 3).

Voor de volgende kosten komt de verzekering tussen:

- de kosten voor **verblijf, erelonen van de arts of paramedicus, onderzoeken, behandelingen en geneesmiddelen**, voorgeschreven door een geneesheer, de **parafarmaceutische producten, medisch materiaal, klinische biologie, radiologie en medische beeldvorming**.
- Onder paramedische erelonen wordt verstaan: de erelonen van een thuisverpleger, kraamverzorgster, vroedvrouw, diëtist, podoloog, logopedist, kinesitherapeut, fysiotherapeut, osteopaat, chiropractor, homeopaat, acupuncturist, psychoanalist en/of psycholoog;
- de kosten voor **protheses en orthopedische toestellen** zoals omschreven en vastgelegd in de nomenclatuur met inbegrip van tandheelkundig materiaal;
- de **wiegendoodtest** voor zuigelingen (polysomnografische registraties)
- de kosten voor **palliatieve verzorging** in het ziekenhuis of in een erkend palliatief centrum;
- de kosten voor het **mortuarium**. De verzekeraar betaalt deze kosten onbeperkt terug voor zover zij aangerekend werden op de hospitalisatiefactuur;
- de kosten voor **thuisbevalling en bevalling in een geboortehuis**
- de meerkosten na eventuele tussenkomst van de ziekteverzekering voor **medisch gerechtvaardigd vervoer** per ziekenwagen of helihulp in België. Deze kosten worden onbeperkt terugbetaald;
- de aangerekende verblijfskosten voor **rooming-in**. Onder rooming-in verstaan we het verblijf van een familielid bij een verzekerd, gehospitaliseerd kind tot 18 jaar. Er is geen leeftijdsbeperking voor gehandicapte kinderen;
- de verblijfskosten van de **orgaan- of weefseldonor**, voor zover de transplantatie medisch gerechtvaardigd is met een maximum van 1.250,00 EUR ;

- de kosten voor **medisch begeleide voortplanting** (zoals bijv. IVF of ICSI), op voorwaarde dat de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tussenkomt, voor maximum 6.000,00 EUR per verzekerde per aansluitingsperiode. Het invriezen van zaad- of eicellen voor een eventuele latere behandeling is niet verzekerd;
- De kosten in verband met de behandeling van verzekerde **psychische aandoeningen** worden slechts terugbetaald voor zover een diagnose werd gesteld op basis van objectieve symptomen.
- De kosten in verband met een bilaterale mastectomie ter preventie van borstkanker en de borstreconstructie na een preventieve mastectomie, worden terugbetaald tot 1 keer het bedrag van de wettelijke tussenkomst.

De verzekerde kosten waarvoor de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering niet tussenkomt, worden terugbetaald aan 50%.

Bijkomende waarborg 'pre- en posthospitalisatie'

Deze bijkomende waarborg voorziet in de terugbetaling van de **kosten van medisch noodzakelijke, ambulante zorgen** die tijdens **1 maand vóór en 3 maanden na** de gewaarborgde hospitalisatie verleend of voorgeschreven zijn door een arts. Deze medische kosten moeten rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de bijhorende hospitalisatie.

Voor de volgende medische kosten komt deze verzekering tussen:

- de **erelonen** van de arts of paramedicus. Onder paramedische erelonen wordt verstaan: de erelonen van een thuisverpleger, kraamverzorger, vroedvrouw, diëtist, podoloog, logopedist, kinesitherapeut, fysiotherapeut, osteopaat, chiropractor, homeopaat, acupuncturist, psycho-analist en/of psycholoog;
- onderzoeken en behandelingen;
- de homeopathische behandelingen, acupunctuur, chiropraxie en osteopathie;
- **geneesmiddelen en parafarmaceutische producten** voorgeschreven door een arts en aangekocht in de apotheek;
- de kosten voor **prothesen, orthopedische apparaten en tandheelkundig materiaal** opgenomen in de nomenclatuur met uitsluiting van de kosten voor herstelling, vervanging en onderhoud;
- de **huurkosten** en aankoop van medisch materiaal voorgeschreven door een geneesheer;
- de kosten voor palliatieve verzorging.

Alle kosten moeten vanzelfsprekend gemaakt zijn naar aanleiding van een verzekerde hospitalisatie.

De verzekeraar betaalt de kosten voor **vervoer** tijdens deze pre- en posthospitalisatieperiode niet terug.

De kosten waarvoor de **verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering niet tussenkomt**, worden **terugbetaald aan 50%**.

Het **maximum terugbetaalbaar bedrag** voor de waarborg hospitalisatie en de waarborg pre-en posthospitalisatie is onbeperkt.

Kosten voor ambulante zorgen in geval van 'ernstige ziekten'

In geval van één van volgende aandoeningen:

AIDS, amyotrofische lateraal sclerose, brucellose, cholera, diabetes, difterie, epilepsie, encefalitis, cerebrospinale hersenvliesontsteking, kanker, leukemie, malaria, miltvuur, mucoviscidose, multiple sclerose, myopathie, nieraandoening die een dialysebehandeling vereist, paratyfus, pokken, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, roodvonk, tetanus, tuberculose, tyfus, virale hepatitis, buiktyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Creutzfeldt-Jakob, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson of ziekte van Pompe betaalt de verzekeraar de medische kosten terug van de ambulante zorgen die werkelijk voor de behandeling zijn gemaakt.

Voor de volgende medische kosten komt deze verzekering tussen:

- de **erelonen** van de arts of paramedicus. Onder paramedische erelonen wordt verstaan: de erelonen van een thuisverpleger, kraamverzorger, vroedvrouw, diëtist, podoloog, logopedist, kinesitherapeut, fysiotherapeut, osteopaat, chiropractor, homeopaat, acupuncturist, psycho-analist en/of psycholoog;
- onderzoeken en behandelingen;
- **geneesmiddelen** en parafarmaceutische producten voorgeschreven door een arts;
- de homeopathische behandelingen, acupunctuur, chiropraxie en osteopathie;
- de kosten voor **prothesen, orthopedische apparaten en tandheelkundig materiaal** opgenomen in de nomenclatuur met uitsluiting van de kosten van herstelling, vervanging en onderhoud;
- de kosten voor het **huren van medisch materiaal** voorgeschreven door een arts;
- de kosten voor **haarprothesen** tot maximum 1.500,00 EUR per verzekerde per verzekeringsjaar
- de kosten voor **palliatieve verzorging**.

Deze kosten moeten vanzelfsprekend gemaakt zijn naar aanleiding van een verzekerde ernstige ziekte.

Er is geen tussenkomst voor de kosten voor **vervoer**.

De verzekerde kosten waarvoor de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering niet tussenkomt, worden terugbetaald aan **50%**.

Het **maximum terugbetaalbaar bedrag** voor de waarborg ambulante zorgen in geval van "ernstige ziekten" is onbeperkt.

Belangrijke opmerking: Als u wordt opgenomen als gevolg van een verzekerde ernstige ziekte dan gelden voor de kosten gemaakt tijdens de ziekenhuisopname de terugbetalingsvoorwaarden van de waarborg 'hospitalisatie'.

Kosten voor ambulante oogheelkundige chirurgie

Voor oogheelkundige chirurgie uitgevoerd buiten een erkend algemeen of universitair ziekenhuis is er tussenkomst voor zover deze wordt uitgevoerd in een ambulante extramuraal centrum dat voldoet aan de architectonische en wettelijke normen van een functie chirurgische daghospitalisatie en aan de door de ZIV vereiste notificatievoorwaarden voor terugbetaling, en dit tot een maximum van 1 maal de wettelijke tussenkomst per prestatie. Het derdebetalerssysteem is niet van toepassing.

De prestaties die in aanmerking komen voor terugbetaling zijn: behandeling glaucoom (trebeculectomie en iridectomie) nomenclatuurcodes 246573 en 246551, vitrectomie nomenclatuurcode 246654, herstel ablatio nomenclatuurcode 246772, ectropion nomenclatuurcode 245851, ptosis nomenclatuurcode 245814, blepharoplastie (medisch noodzakelijk en functioneel) nomenclatuurcode 245733.

WELKE KOSTEN WORDEN NIET TERUGBETAALD?

Er is geen tussenkomst voor de kosten die voortvloeien uit:

- esthetische behandelingen of verjongingskuren. De kosten van plastische herstelheekunde ingevolge een ziekte of een gewaarborgd ongeval, worden ten laste genomen inclusief de hiermee gepaard gaande esthetische prestaties;
- ziekten of ongevallen die de verzekerde overkomen (op voorwaarde dat het oorzakelijk verband is vastgesteld);
- in staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van drugs, narcotica of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij de verzekerde het bewijs kan leveren dat hij/zij uit onwetendheid alcoholische dranken of verdovende middelen heeft gebruikt, of hiertoe door een derde werd gedwongen;
- ten gevolge van alcoholisme, verslaving of een overmatig gebruik van geneesmiddelen;
- sterilisatie en anti-conceptieve behandeling, tenzij om dwingende medische redenen;
- wettelijke inenting, keratotomie, refractieve heekunde;
- thermale kuren, verblijf in kuur-, bad- gezondheids- of herstellingsoord alsook in elke andere dienst of instelling maar met het doel een bepaalde kuur te volgen, zelfs indien het verblijf medisch is voorgeschreven;
- oorlogsfeiten, wanneer de verzekerde hierbij betrokken wordt als burger of militair, wegens burgeroorlog of oproer, tenzij hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen of hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
- een door de verzekerde gestelde opzettelijke daad (zelfdoding is geen opzettelijke daad), tenzij de verzekerde het bewijs kan leveren dat het een geval van redding van personen of goederen betreft, een door de verzekerde gepleegde misdaad of misdrijf, roekeloze daad of grove schuld. Onder grove schuld wordt verstaan:
 - weddenschap of uitdaging;
 - zich bevinden onder invloed van verdovende, hallucinogene of andere drug;
 - verkeren in staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie volgens de Belgische wegcode;
- de schade voortvloeiend uit het gebruik van nucleaire energie welke onder toepassing van de Conventie van Parijs (wet van 22 juli 1985) of alle andere wettelijke bepalingen welke deze wetgeving zouden vervangen, wijzigen of aanvullen;

- subjectieve of psychische stoornis die geen objectieve symptomen vertoont die een nauwkeurige diagnose mogelijk maken;
- medische en paramedische behandelingen en geneesmiddelen die niet door het RIZIV erkend worden;
- persoonlijke kosten zoals huur telefoon, televisie, koelkast ...

HOE WORDT DE TUSSENKOMST BEREKEND?

De tussenkomst van deze verzekering gebeurt steeds na tussenkomst van de wetgeving op de sociale zekerheid, de beroepsziekten, de arbeidsongevallen en de ongevallen op de weg naar en van het werk, en ook van de al onderschreven contracten met hetzelfde oogmerk. U wordt niet belast op de vergoedingen die u uit deze verzekering geniet en hoeft dus geen sociale lasten te betalen op het ontvangen voordeel.

IS ER EEN VRIJSTELLING OF FRANCHISE?

Bij een (dag)opname in een eenpersoonskamer is de **vrijstelling of franchise gelijk aan 150,00 EUR** per verzekerde en per verzekeringsjaar. Een verzekeringsjaar is de periode die begint op de algemene vervalddag van de verzekering en die twaalf maanden later eindigt. In geval van aansluiting tijdens een verzekeringsjaar, wordt de vrijstelling pro rata berekend. In geval van een (dag)opname in een **twee- of meerpersoonskamer** is er geen vrijstelling.

De vrijstelling wordt slechts eenmaal toegepast in de volgende situaties:

- voor verschillende verzekerden van eenzelfde gezin betrokken in eenzelfde ongeval;
- voor de kosten van de bevalling voor moeder en kind, op voorwaarde dat gans het gezin verzekerd is.

Voor de ambulante kosten in verband met de waarborg “ernstige ziekten” is er geen vrijstelling of franchise.

Belangrijke opmerking: Als u wordt opgenomen als gevolg van een verzekerde ernstige ziekte dan wordt er voor de kosten gemaakt tijdens deze (dag)opname bovenvermelde vrijstelling of franchise in mindering gebracht.

WAT IS HET DERDEBETALERSSYSTEEM MEDI-LINK?

Het derdebetalerssysteem **Medi-Link** betaalt, bij een gewaarborgde hospitalisatie, uw hospitalisatiefactuur rechtstreeks aan het ziekenhuis. U hoeft geen voorschot te betalen aan het ziekenhuis en u betaalt achteraf alleen de vrijstelling en de kosten terug die niet binnen de waarborg vallen.

Meer info over Medi-Link vindt u via www.vanbreda-health.be/medi-link. Met onze **Vanbreda app** heeft u steeds al uw kaarten digitaal bij de hand (Medi-Link, AssurPharma, Assi-Link – indien van toepassing in uw contract).

WAT MET KOSTEN IN HET BUITENLAND?

Deze verzekering is overal ter wereld geldig.

Belangrijk: Als u uw gebruikelijke verblijfplaats niet in België of een aangrenzend land heeft of als u langer dan 3 maanden per jaar in het buitenland verblijft, dan dient u een voorafgaandelijk akkoord te vragen aan de verzekeraar.

Voor grensarbeiders geldt bovenstaande bepaling enkel indien ze hun gebruikelijk verblijfplaats hebben in een ander land dan België of hun woonland of indien ze langer dan drie maanden per jaar in een ander land dan België of hun woonland verblijven.

WAT IS ASSI-LINK +?

Deze bijstandsverzekering is een aanvulling op de hospitalisatieverzekering. Deze aanvullende waarborgen hebben zowel betrekking op de bijstand in geval van medische problemen in het buitenland als bij een hospitalisatie in het land van uw domicilie (België, Nederland, Frankrijk, Duitsland of het Groothertogdom Luxemburg).

Bijstand in het buitenland:

- eerste medische hulp;
- bijstand aan de gezinsleden;
- verlenging van het verblijf in het buitenland;
- transport;
- waarborgen na overlijden in het buitenland;
- terugbetaling van hospitalisatiekosten gemaakt in het buitenland zonder dat er een vrijstelling wordt afgehouden.

Bijstand in het land van uw domicilie (België, Nederland, Frankrijk, Duitsland of het Groothertogdom Luxemburg):

- waarborg “Tijdens de hospitalisatie”, bijvoorbeeld huishoudhulp, kinderoppas en vervoer;
- waarborg “Na de hospitalisatie”, bijvoorbeeld huishoudhulp, kinderoppas, postnatale zorg door een vroedvrouw, levering van medicatie en vervoer;
- waarborg “Bijkomende bijstand”, bijvoorbeeld psychologische bijstand, contactgegevens thuisverzorgingsinstellingen en apotheek en dokter van wacht.

Voor elk van deze waarborgen zijn er specifieke terugbetalingsvoorwaarden. U kunt een uitgebreidere beschrijving van de waarborgen opvragen via de contactgegevens vermeld in het hoofdstuk “Hoe gebeurt de schaderegeling?”.

Als u beroep wilt doen op Assi-Link+, kunt u bellen naar het nummer: **+32 2 773 62 26**.

HOE EENVOUDIG EEN NIEUWE OPNAME AANGEVEN OF KOSTEN INDIENEN?

- via de Vanbreda app: www.vanbreda-health.be/vanbreda-app
- via het portaal op app.vanbreda.be

Wilt u ook genieten van een eenvoudigere, snellere en 100% veilige digitale dienstverlening? Ga naar de website www.vanbreda-health.be/ik-word-digitaal en bekijk welke digitale dienstverlening het beste bij u past!

Lukt het niet via de app, het portaal of heeft u andere vragen, dan staan wij graag voor u klaar via de website <https://www.vanbreda-health.be/nl/contacteer-ons> of via telefoon **03 292 00 80**. U kan ook mailen naar solfo@vanbreda.be of schrijven naar Vanbreda Risk&Benefits, postbus34, 2140 Antwerpen.

Dit document is een samenvatting van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst en heeft louter informatieve waarde. De beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst zelf is het enige rechtsgeldig document.

Hoe neem je contact op met de verzekeringsfirma Vanbreda - Allianz ?

Aangifte van een ziekenhuisopname of indienen van medische kosten:

- Telefonisch: 03 292 00 80
- App of webportaal: app.vanbreda.be
- E-mail: solfo@vanbreda.be
- Per post: Vanbreda – Postbus 34 te 2140 Antwerpen
- Buitenland: Allianz Global Assistance 00 32 2 773 62 26

- Hulp nodig: app.vanbreda.be/support

Steun nodig ?

Als je nog verdere inlichtingen nodig bij de hospitalisatieverzekering van Vanbreda – Allianz kan je terecht bij onze makelaar Callant

- Contactpersoon: Joyce Maes 03 609 89 76, algemeen nummer: 03 609 89 89
- Mailadres: schade.antwerpen@callant.be (vermeld steeds Solidariteitsfonds)

Wie heeft welke rol ?

• Solidariteitsfonds : verzekeringnemer

- Beheert ADMINISTRATIEVE PERSOONSGEGEVENS (adreswijziging, telefoonnummers, emailadressen, ...)
- BELANGRIJK: ENKEL en ALLEEN het Solidariteitsfonds is hiervoor verantwoordelijk – stuur nooit aanpassingen door naar Callant, Vanbreda of Allianz

• Allianz: verzekeraar

- Risicodrager • In praktijk geen contact met verzekerden

• Callant: makelaar

- Begeleiding Solidariteitsfonds
- Ondersteuning verzekerden
 - Algemene informatie, problemen of onduidelijkheden

• Vanbreda: schadebeheer

- Medische administratie
 - Verwerken van aangifte hospitalisatie, verwerken van ingediende kosten, derdebetalersregeling, terugbetalingen
 - Vragen omtrent specifieke dossiers, aangiftes of afrekeningen
- GEEN wijziging persoonsgegevens

Contactpersonen

Heeft u na het lezen van deze brochure nog vragen? Hieronder vindt u het overzicht van onze contactpersonen.

Vragen met betrekking tot:	Te contacteren organisatie/persoon:	
Nieuwe inschrijvingen, opsturen inschrijvingsformulier	Solidariteitsfonds databeheer	Viv Desloover Tel.: 03 568 85 57 viv.desloover@solfo.be Valkenlaan 49 – 2950 Kapellen
Bijdrage / Lidgelden	Penningmeester	Gilberte Jacobs Tel.: 0478 94 44 37 gilberte.jacobs@solfo.be Europalaan 28 - 2610 Wilrijk
Aangiftes hospitalisatie	Allianz / Vanbreda	<ul style="list-style-type: none"> • via de Vanbreda app: www.vanbreda-health.be/vanbreda-app • via het portaal op app.vanbreda.be • via https://www.vanbreda-health.be/nl/contacteer-ons • via telefoon 03 292 00 80. • via mail solfo@vanbreda.be • via brief naar Vanbreda Risk&Benefits, postbus34, 2140Antwerpen
Voorschotten en tussenkomen	Solidariteitsfonds	Zie formulieren
Inlichtingen over de collectieve hospitalisatieverzekering Allianz Individuele voortzetting	Callant Verzekeringen	Joyce Maes 03 609 89 76 schade.antwerpen@callant.be
Wijzigingen gezinstoestand, overlijden, ontslag Opsturen wijzigingsformulier	Solidariteitsfonds databeheer	Viv Desloover

Solidariteitsfonds Website			www.solfo.be
Solidariteitsfonds Voorzitter	Paul Van Aelst	Valkenlaan 49 2950 Kapellen	Tel.: 03 568 85 57 paul.van.aelst@solfo.be
Callant	Joyce Maes	Frankrijklei 112/bus 4 2000 Antwerpen	Tel.: 03.609 89 76 schade.antwerpen@callant.be Openingsuren kantoor na afspraak: 9-12u en 14-16u

De tussenkomsten van het **Solidariteitsfonds**

Aansluiting, aansluiting bij geboorte, ontslag, adreswijziging, wijziging in gezinssamenstelling, telefoon- en mail-gegevens

➔ viv.desloover@solfo.be 03 568 85 57

Hoorapparaten, oogoperaties, brilglazen of lenzen, sterilisatie, tandprothesen

➔ liliane.rombouts@solfo.be 03 568 74 58

Salaris- of pensioenvoorschot, terugvorderbaar voorschot

➔ walter.currinckx@solfo.be 0486 58 05 05

Fertiliteit en fertiliteitsproblemen, palliatieve zorgen, onbezoldigd ouderschapsverlof, terbeschikkingstelling wegens ziekte

➔ vera.peeters@solfo.be 0476 83 01 75

Wat te doen bij **hospitalisatie**, ook daghospitalisatie ?

Vanbreda - Allianz

- Een dossier indienen en/of raadplegen
- Kosten indienen

App of webportaal	https://app.vanbreda.be
Hulp nodig	https://app.vanbreda.be/support
E-mail	solfo@vanbreda.be
Telefoon	03 292 00 80
Adres	Postbus 34, 2140 Antwerpen

In het buitenland onmiddellijk naar Allianz Global Assistance telefoneren (24 uur op 24) op het nummer +32 2 773 62 26

Onduidelijkheden, problemen, vragen over terugbetalingen, contractvoorzieningen of administratieve besommeringen en begeleiding van je opnamedossier

Callant

Contactpersoon bij Callant is	Joyce Maes	03 609 89 76
	Algemeen nummer	03 609 89 89
Mailadres:	schade.antwerpen@callant.be (steeds met vermelding Solidariteitsfonds)	
Kantoor:	Frankrijklei 112, 2000 Antwerpen (vooraf afspreken)	
Website	www.callant.be	